文章编号:1000-5404(2012)17-1807-02

经验交流

心脏介入手术后患者腰背痛影响因素及相关护理措施

曲彦慧[1],张革利[1],张 炜[1],刘美丽[2],赵院利[1] (710068 西安,陕西省人民医院老年心脏科[1];710061 西安,西安交通大学附属第一医院心内科[2])

[关键词] 冠状动脉;体位;腰背痛;护理
[中图法分类号] R743.5 [文献标志码] B

经股动脉穿刺行冠状动脉介入检查及治疗,由于在介入过程中应用大量肝素抗凝,故穿刺部位出血是术后最常见并发症[1]。为避免穿刺局部出血形成血肿,传统观念一般术后要求沙袋压迫穿刺处6 h,绝对平卧24 h,同时术侧肢体制动。但此法常致患者出现不同程度的腰酸背痛,并由此引起焦虑、恐惧、睡眠障碍等并发症,增加了患者的痛苦和护理工作量。我们选择2所三级甲等医院122例经股动脉穿刺患者,通过协助术后患者改变体位,能有效减轻术后腰背痛的发生率,提高患者的舒适度。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2所三级甲等医院2008年1月至2009年6月自股动脉路径行冠状动脉造影术的住院患者122例,包括女性30例,男性92例,年龄35~84岁。纳入标准:老年心血管科及心脏内科经股动脉途径、年龄大于25岁,接受非急诊心脏导管手术。排除标准:凝血异常,穿刺部位活动性出血,术前即有背痛,收缩压大于190 mmHg或舒张压大于110 mmHg,心脏导管手术中出现并发症。患者入院签署知情同意书,按照入院顺序分为2组,对照组60例,干预组62例。2组在年龄、性别、文化程度、造影剂种类及用量、手术方式上比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

对照组:术后按照传统护理方法,取平卧位,1 kg沙袋压迫穿刺处6 h,术侧肢体伸直制动,并用绷带固定膝部及踝部,以防患者睡眠后活动,平卧24 h后如无出血等并发症可起床活动。在此期间,指导患者进行术侧下肢踝、趾关节运动,另侧下肢屈曲,抬臀,按摩腰背部。干预组:术后平卧2 h开始每小时变换体位,体位有仰卧、左侧卧、右侧卧位,当患者侧卧位时,腰部下方垫特制枕垫以保持穿刺侧肢体处于伸直状态。在改变体位时,保持术侧肢体绝对伸直,术侧卧位时,健侧腿屈曲,软枕支撑给予舒适位。

1.3 观察指标

每小时记录穿刺部位情况,观察穿刺部位出血、血肿情况。出血、血肿指片状出血并伴有皮肤显著隆起[2]。腰酸背痛程度:术后2、4、6 h及第2天早晨8:00患者的背痛情况,并利用疼痛评分标准[3]记录疼痛程度。记录所有患者性别、年龄、体质指数、既往背痛病史、手术操作时间等。

1.4 统计学方法

采用SPSS 16.0统计软件,数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本均数间比较的 t 检验,计数资料进行 χ^2 检验。性别、年龄、体质指数、手术时间与疼痛相关性采用Spearman相关性分析。

[通信作者] 赵院利,E-mail:zyl2904@126.com

2 结果

2.1 2组间穿刺部位出血、血肿的发生率比较

对照组3例(5.0%)发生穿刺部位出血,干预组发生4例(6.5%);2组均有3例发生皮下血肿。2组间出血、血肿发生率比较无统计学差异($P>0.05$)。

2.2 2组间疼痛评分比较

对照组术后均出现了不同程度的疼痛(疼痛评分:8.67±0.18),干预组(疼痛评分:1.10±0.08)术后背痛的发生率明显低于对照组,且疼痛程度明显轻,2组间比较有明显的统计学差异($P<0.01$)。

2.3 体质指数、年龄、手术时间与疼痛评分的相关性

体质指数、年龄、手术时间与疼痛评分有明显的相关性($P<0.05$),其中手术时间相关性最强($r=0.652$,$P<0.01$,表1)。

表1 体质指数、年龄、手术时间与疼痛评分的相关性分析

组别	n	体质指数	年龄	手术时间(h)
对照组	60	0.426	0.372	0.578
干预组	62	0.329	0.315	0.602
合计	122	0.485	0.453	0.652
P值		<0.05	<0.05	<0.01

3 讨论

冠脉介入术为防止血栓栓塞并发症的发生,术中应用大量的肝素抗凝,因此,术后常出现穿刺部位出血、血肿,术后穿刺部位出血的发生率为3%~15%[1]。为了减少术后出血、血肿的发生,术后患者需绝对卧床24 h。本实验中对照组和干预组术后出血的发生率分别为5.0%和6.5%,血肿的发生率分别为5.0%和4.8%,2组间无统计学差异($P>0.05$),术后给予改变体位未增加出血或血肿的发生率。人体内正常凝血生理过程是在组织损伤后1~3 min出血便自然停止,术后并发症多与动脉鞘管插入后给予肝素有关。肝素的抗凝作用持续时间为2~6 h,一般PCI术拔出鞘管后2 h穿刺点的斑块形成基本牢固,在弹力绷带包扎下进行适当体位变动,当穿刺点的压力恒定时,体位的改变对是否出现出血、血肿没有直接影响,因为加压包扎能够给穿刺点以恒定的压力[4]。只要保持加压点不移位,不脱落,通常不会发生穿刺点局部出血。本组中出现术后出血、血肿的患者,与手术时间长,术后拔管时压迫时间短,加压包扎不当,老年、女性皮下组织松弛有关,与患者术后体位改变无相关性。本研究表明,无论平卧位、侧卧位,只要给穿刺点恒定压力,早期变动体位不提高局部出血和血肿的发生率,

这与其他研究结论一致[5]。深入研究发现,将患者卧床时间缩短至12 h,12 h后可床旁活动,这样并不提高局部出血或血肿的发生率[6-7]。

由于传统观念要求,术后需绝对卧床24 h,患者往往出现各种不适,其中疼痛是影响不适的重要因素[8]。研究表明,腰背痛是术后最突出及最常见的并发症[9]。穿刺部位加压包扎,可引起下肢麻木、疼痛。同时有些患者存在腰部疾病,如腰椎骨质增生、腰肌劳损等,更容易发生腰背痛。腰背痛则会加重患者的紧张情绪,引发焦虑、烦躁、睡眠障碍等不适,降低了患者的生活质量,影响疾病的康复。本研究显示,对照组患者术后均出现了不同程度的腰背痛,与干预组相比有明显的统计学差异($P<0.01$),通过对术后患者采取平卧位、侧卧位每小时交替,能明显降低腰背痛的发生率。研究发现,通过早期体位干预可以放松腰背部肌肉,缓解肌肉僵硬所致的疼痛,能有效降低术后腰背痛等不适症状的发生[10],说明早期改变术后患者体位是安全、有效、可行的,能提高患者住院期间的生活质量。

本试验进一步研究了腰背痛发生的影响因素,观察了体质指数、年龄、手术时间与术后腰背痛发生率之间的关系,发现上述三因素与术后腰背痛有明显的相关性($P<0.05$),说明年龄越大、体质指数越高、手术时间越长,腰背痛的发生率越高。长时间的肢体制动、卧床易导致腰酸背痛、周身不适、尿潴留、焦虑等不适症状[11]。手术时间是腰背痛发生的重要因素之一。

综上所述,腰背痛是经股动脉径路冠脉介入术后最常见的并发症,年龄大、体质指数高、手术时间长的患者更易出现腰背痛,早期改变体位,能有效降低腰背痛的发生,并不增加术后出血和血肿的发生,能有效提高患者的舒适度,使患者处于较好的身心状态,缩短住院时间。

参考文献:

[1] 王红霞. 老年患者在PCI术中并发症的护理观察[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(9): 1169-1170, 1173.

[2] 陈学彬. 诊断学. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 91.

[3] Jensen M P, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods[J]. Pain, 1986, 27(1): 117-126.

[4] 姚岚. 经股动脉路径行冠状动脉造影术后不同护理体位的研究[J]. 全科护理, 2010, 8(32): 2921-2922.

[5] 郭湘云, 赖丽萍, 李秋凤, 等. 经皮冠状动脉内支架置入术后早期体位干预的效果[J]. 当代护士: 学术版, 2008, (8): 29-30.

[6] 陈宁萍, 李素娟. 冠状动脉支架植入术后体位和卧床时间的护理干预研究[J]. 中国实用医药, 2010, 5(6): 179-180.

[7] 杨艳, 左燕, 徐瑶. 经股动脉穿刺冠脉介入治疗术后卧床时间的循证研究[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(6): 54-55.

[8] 邱梅, 黄锡球, 梁冰. 经皮冠状动脉腔内成形加支架置入术后患者不舒适的护理对策[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(12): 1528-1529.

[9] 林梅香, 马伟东, 陈健红. 围术期护理干预对冠脉支架术后并发症的影响[J]. 中国当代医药, 2010, 17(10): 94-96.

[10] 洪先娣. 经股动脉行冠状动脉造影术后体位护理探讨[J]. 中华全科医学, 2010, 8(1): 121-122.

[11] 郭金城, 王国忠. 国产YM-Go动脉压迫止血器在介入术后的止血效果[J]. 实用心肺脑血管病杂志, 2008, 6(16): 659.

(**收稿**:2012-03-01;**修回**:2012-03-31)

(编辑 张 维)

经验交流

文章编号:1000-5404(2012)17-1808-02

多支架压迫技术治疗Budd-Chiari综合征合并下腔静脉内血栓7例

杨 海[1],杨 宁[2],张 冬[3],高万勤[1],王 超[1] (471003 河南 洛阳,河南科技大学第一附属医院介入科[1];100005 北京,协和医院放射科[2];400037 重庆,第三军医大学新桥医院放射科[3])

[**关键词**] 布加综合征;血栓;多支架;介入放射学

[**中图法分类号**] R442.8 [**文献标志码**] B

布加综合征(Budd-Chiari syndrome,BCS)合并下腔静脉内血栓形成属于BCS的一种疑难、复杂类型,由于开通阻塞的下腔静脉后存在造成血栓脱落并导致肺栓塞的可能[1],曾被认为是介入治疗的禁忌证。我们对本院7例合并下腔静脉内长段血栓的BCS患者采用多支架充分压迫血栓后,再扩张成形下腔静脉闭塞段,均取得较满意的近、中期疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集2009-2011年河南科技大学第一附属医院7例合并下腔静脉内长段血栓的BCS患者,其中男性5例,女性2例,年龄40~58岁,平均46.2岁,病史6~28年。临床表现为双下肢酸困乏力(4例),下腹部坠胀不适(2例),呕血(2例),黄疸(2例),胸腹壁上行性静脉曲张(7例),下肢皮肤色素沉着(6例),下肢水肿(6例),下肢静脉曲张(4例),溃疡(2例)。患者术前行彩色多普勒超声和上腹部多排螺旋CT(MDCT)多期增强检查。了解IVC病变类型,血栓的新旧程度、位置、范围,肝静脉的开放状态,为介入治疗提供参考。

1.2 器材

0.038英寸亲水膜导丝、0.038英寸加强导丝、5 F猪尾导管、25~28 mm直径球囊导管、Rups-100装置、国产3.0 cm×7.5 cm Z形支架。

1.3 多支架置入方法

1.3.1 DSA造影 采用经股静脉、右肘正中静脉途径行下腔静脉双向正侧位造影,明确下腔静脉阻塞的性质、程度、范围,下腔静脉空间走行,血栓的位置及范围;保留经右肘正中静脉猪尾导管作为穿刺破膜近心端标记。

1.3.2 介入治疗 3例下腔静脉走行平直,经股静脉引入

[**通信作者**] 杨 海,E-mail: www.yanghai063@163.com